46e Année. — N° 14. Vendredi 7 Avril 1899.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Otologie : Deux cas de mastoïdite de Bezold, l'un aigu, l'autre chronique, guéris par les débridements cervicaux profonds et la résection de l'apophyse mastoïde, par le Dr Luc, p. 209. — **Bibliographie** : Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose, p. 212. — **Revue de la presse** : Valeur thérapeutique négative des gargarismes, p. 213. — Deux cas d'empoisonnement par le sulfonal. p. 214. — **Académie des sciences** : *Séance du 27 mars* 1899. — *Présidence de M. Van Tieghem.* — Prédispositions morbides de la période puerpérale. Hyperglycémie et déminéralisation, p. 213. — Action du pancréas sur la toxine diphtérique, p. 215. — La mort par les courants électriques (courant continu), p. 216. — Recherches sur les terminaisons nerveuses sensitives dans les muscles striés volontaires, p. 217. — **Académie de médecine** : *Séance du 8 mars* 1899. — *Présidence de M. Panas.* — Algidité progressive des nouveau-nés, p. 218. — Quelques recherches sur un nouveau traitement chirurgical de l'exophtalmie, p. 218. — **Memento pratique** : Pulvis cuticolor : Pâtes présentant la couleur de la peau, p. 218.— Traitement de la tuberculose laryngée; quelques formules, p. 219. — La cure de l'obésité par la méthode de Schweninger, p. 219. — **Variétés** : Un grand homme méconnu pendant sa vie. Le Dr Sauria, inventeur des allumettes chimiques, p. 220. — **Nouvelles**, p. 221.

OTOLOGIE

Deux cas de mastoïdite de Bezold, l'un aigu, l'autre chronique,

guéris par les débridements cervicaux profonds et la résection de l'apophyse mastoïde,

Par le Dr Luc (1).

Je n'ai pas l'intention de vous donner ici une description complète et générale de la forme spéciale de mastoïdite à laquelle le nom de Bezold est resté attaché, depuis le travail mémorable de cet auteur, paru en 1881 ; j'ai déjà en effet traité ce sujet, avec tous les détails qu'il comporte, dans un article publié, il y a deux ans, dans les *Archives internationales de Laryngologie et d'Otologie* (2), à propos d'un remarquable exemple de cette forme clinique observé par moi chez un diabétique, et qui, malgré une prompte intervention, se termina par la mort.

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement, le 30 janvier 1899.

(2) Contribution à l'étude des mastoidites de Bezold, 1896, p. 4.

Ce cas est, croyons-nous, le premier qui ait été publié en France. Depuis lors, plusieurs de mes collègues et moi-même avons eu l'occasion d'en signaler d'autres.

Je viens, cette année même (1898), d'en observer deux nouveaux exemples, qui m'ont paru particulièrement instructifs et dignes de vous être communiqués. Avant de vous relater ces deux observations, je vous rappellerai brièvement que l'on désigne, sous le nom de mastoïdite de Bezold, une forme spéciale de mastoïdite suppurée, dans laquelle le pus, par suite d'une disposition anatomique spéciale de l'apophyse, au lieu de se frayer une issue à travers sa paroi externe, se fait jour à travers sa paroi interne ou inférieure, au voisinage de l'insertion du muscle digastrique, en sorte que la collection purulente cervicale qui en est la conséquence se trouve d'emblée située sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, et fuse de là, soit en arrière, sous les masses musculaires de la nuque, soit de haut en bas, le long du gros faisceau vasculo-nerveux du cou.

Vous saisissez facilement que, par suite de cette situation d'emblée profonde, sous d'épaisses masses musculaires, l'abcès cervical développé dans ces circonstances soit d'un diagnostic difficile et qu'avant qu'il ait été reconnu, il ait le temps de causer des ravages étendus ; et vous prévoyez que l'on ne saurait en arrêter les progrès et en tarir la source que par des interventions opératoires, laborieuses et multiples. Ces divers points seront suffisamment mis en lumière par l'observation des deux malades que j'ai l'honneur de vous présenter,

Je commence par la dernière observation en date, parce qu'elle se rapporte à la forme aiguë le plus communément observée, sinon la seule qui ait été observée jusqu'ici.

Observation I. — Fernand Beauj, 23 ans, garçon boucher. *En décembre* 1895, suppuration de l'oreille gauche, qui dure six semaines.

En août 1897, nouvel écoulement de la même oreille, auquel aucun traitement sérieux n'a été opposé, et qui n'a pas cessé depuis.

A partir du milieu de mars de cette année, augmentation considérable de la suppuration, à la suite d'un refroidissement.

Vers le 26 mars, après de fortes douleurs mastoïdiennes, apparition d'un gonflement progressif derrière l'oreille.

Je suis consulté par le malade, le 12 avril seulement; je constate un énorme gonflement fluctuant, occupant la région mastoïdienne gauche et s'étendant, en arrière vers la nuque et, inférieurement, sur tout le tiers supérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Examen de l'oreille. — L'autoscopie, après lavage, révèle une large perforation tympanique circum-martellaire. Enfin, je note (signe pathognomonique de la mastoïdite de Bezold), que la pression de la tuméfaction sous-mastoïdienne provoque l'écoulement de pus hors du conduit.

Première opération, le 13 avril. — Le malade étant chloroformé et les cheveux rasés sur une grande étendue, je pratique une longue incision verticale, le long de l'attache du pavillon, jusqu'un peu au-dessous de la pointe mastoïdienne. Cette incision intéresse toutes les parties molles, y compris le périoste. Elle donne issue à une grande quantité de pus sous-périostique. Cette collection vidée, je constate que du pus continue à sourdre de la partie inférieure de la plaie. Pour voir plus clair, je prolonge un peu inférieurement mon incison verticale et j'y adjoins une incision horizontale de trois centimètres, partant de sa partie moyenne et se dirigeant vers la nuque.

Je reconnais alors, après l'exploration au moyen de la sonde cannelée, que le pus vient profondément de bas en haut de dessous le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et qu'il tire son origine d'un clapier logé sous le muscle, à plus de 7 centimètres au-dessous de la pointe mastoïdienne. C'est à cette distance, en effet, que descend la sonde cannelée et c'est là qu'une pression forte exercée sur le tégument fait remonter le pus par la partie inférieure de la plaie.

Jugeant inutile de prolonger l'incision première aussi bas, je me décide à pratiquer une contre-ouverture au niveau de la partie la plus déclive du foyer, là où le bec de la sonde est senti, quand on le porte fortement au dehors par un mouvement de bascule de l'instrument.

J'incise successivement à ce niveau, sur une longueur de 3 centimètres, presque verticalement, la peau, puis toute l'épaisseur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, puis un nouveau et mince plan musculaire que je crois être l'omo-plato-tyroïdien et alors seulement, je réussis à atteindre et à faire saillir au dehors, l'extrémité de la tonde.

Au cours de cette manœuvre, plusieurs branches artérielles assez fortes ont été ouvertes et pincées.

Je glisse alors dans la cannelure de la sonde un stylet porte-fil entraînant à sa suite un fil et un gros drain.

Le drainage du trajet inférieur se trouvait ainsi assuré et il n'y avait plus à craindre de nouveaux progrès de la migration du pus dans cette direction; mais l'opération était encore loin d'être terminée. Grâce à l'incision complémentaire dirigée vers la nuque, j'assurai l'évacuation du pus qui commençait à fuser dans cette direction.

Je procédai ensuite à l'ouverture de l'antre que je trouvai très spacieux et se continuant par les cellules mastoïdiennes jusqu'à la pointe de l'apophyse, je réséquai cette pointe de dehors en dedans jusqu'au niveau de la perforation osseuse qui avait été le point de départ de la complication cervicale.

Les cavités mastoïdiennes renfermaient, outre du pus, des fongosités qui furent soigneusement curettées. Cela fait, en inspectant le fond du foyer cervical, je vis du pus s'échapper encore de derrière la face profonde de l'apophyse mastoïde. En explorant cette région avec le doigt, je constatai qu'il existait en effet derrière la face profonde de l'apophyse, au-dessous du crâne, un autre clapier rempli de fongosités, que je curettai de mon mieux avec une large curette, jugeant inutile de réséquer la partie postérieure de l'apophyse pour mieux assurer le nettoyage et le drainage de cette anfractuosité. Je cautérisai alors tous les points du foyer, tant osseux que cervical, au moyen d'une solution de chlorure de zinc au cinquième, puis toute sa surface fut saupoudrée d'iodoforme, et toutes ses anfractuosités tamponnées avec de la gaze iodoformée.

Un seul point de suture fut placé à l'extrémité supérieure de la plaie rétro-auriculaire. Le foyer resta ainsi largement ouvert pour le drainage de l'antre et du clapier rétromastoïdien. Le conduit auditif fut également tamponné avec de la gaze iodoformée. Toutes les branches artérielles ouvertes avaient été liées, sauf une branche profonde, sur laquelle je préférai laisser une pince à demeure pendant 24 heures.

L'opération avait duré plus d'une heure et demie, sans compter la chloroformisation. Les suites en furent d'abord très simples : la température resta normale les jours suivants.

Dès le surlendemain, 14 avril, le malade se leva et montra de l'appétit.

16 avril. — Le pansement est changé. Les sutures ont bien pris, et je m'assure qu'il n'y a nulle part de rétention de pus. Mais la profondeur de la plaie est énorme : je ne mesure pas moins de 8 centimètres depuis les téguments jusqu'au fond du foyer rétro-mastoïdien.

Le 21 avril. — Le drain est supprimé et le trajet qu'il occupait est, comme les autres anfractuosités du foyer, tamponné avec de la gaze iodoformée, qui est renouvelée chaque jour. La vaste plaie commence à se rétracter.

6 mai. — Je cesse de tamponner le trajet cervical inférieur, qui disparaît, les jours suivants, sous l'influence d'un pansement compressif.

24 mai. — La plaie se rétracte de plus en plus et fait de rapides progrès vers la cicatrisation. Cette rapidité est même inquiétante en raison de la profondeur du trajet rétro-mastoïdien, dont le fond ne tend nullement à se combler et reste le siège d'une abondante suppuration, que les mèches de gaze iodoformée introduites chaque jour sont de plus en plus impuissantes à absorber, ces mèches étant nécessairement de plus en plus minces par suite de la réaction progressive de l'entrée du trajet. D'autre part, l'oreille est aussi le siège d'une abondante suppuration, et j'en conclus à l'urgence d'une nouvelle et double intervention consistant : 1° à réséquer la plus grande partie de l'apophyse mastoïde, afin de faciliter le drainage du clapier masqué par elle; 2° à faire communiquer largement toutes les cavités de l'oreille moyenne avec le conduit auditif (opération de Stacke) après les avoir curettées à fond.

Cette *seconde opération* est pratiquée le 28 *mai.* — La plus grande partie de l'apophyse mastoïde est réséquée cette fois, et le clapier situé derrière elle ainsi mis largement au jour peut être complètement nettoyé. Dans la séance, la loge supérieure de la caisse du tympan est curettée, après résection de sa paroi externe et extraction des osselets.

Dès lors, les pansements se font avec la plus grande faci-

lité. Ils consistent à introduire à fond trois mèches de gaze iodoformée; l'une dans la caisse tympanique par le conduit auditif, l'autre dans la même cavité, à la rencontre de la première, mais d'arrière en avant par la brèche antra le rétro-auriculaire, la troisième dans le trajet rétro-mastoïdien, largement ouvert et découvert. Depuis cette date, les pansements ont été régulièrement répétés presque tous les jours. Vous pouvez aujourd'hui en apprécier les effets et vous rendre compte que la complète guérison n'est plus que l'affaire de quelques semaines.

Les cavités de l'oreille moyenne sont en effet en grande partie épidermisées, la brèche antrale est en voie d'occlusion, et quant au trajet rétro-mastoïdien, sa profondeur qui immédiatement après ma première intervention ne mesurait pas moins de 8 centimètres, est réduite maintenant à un centimètre et demi. — Malheureusement, le malade conserve à la suite de ma seconde opération, une paralysie complète du nerf facial, due évidemment à la lésion du nerf en cours de la large résection osseuse, pratiquée en vue de nettoyer à fond le clapier rétro-mastoïdien.

Appendice. — Ce qui précède avait été rédigé à la fin de juillet 1898.

Depuis lors, la cicatrisation de la vaste plaie n'a cessé de progresser ; mais c'est au commencement de décembre seulement que toute trace de suppuration a disparu. Les traces de l'opération se bornent à un canal rétro-auriculaire, communiquant avec la caisse, mais parfaitement épidermisé.

D'autre part, la paralysie faciale s'est en grande partie réparée et est aujourd'hui (janvier 1899) fort peu sensible.

Observation II. — Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, Charles Pr..., de constitution délicate, qui commença à présenter un écoulement purulent de l'oreille droite, *en octobre* 1893, à la suite d'un refroidissement.

Le 24 décembre de la même année, il reçut un coup de timon de voiture sur cette oreille.

Vers la fin du mois de janvier suivant, se produisit un gonflement rétro-auriculaire, qui rapidement s'étendit à la moitié correspondante du cou.

Le 23 mars de la même année (1894), un chirurgien, consulté par lui, incisa la collection purulente cervicale, immédiatement en arrière du bord postérieur du muscle sterno-cléido-matoïdien, à 5 centimètres de la pointe mastoïdienne. Il s'écoula par là une grande quantité de pus ; mais cette intervention n'empêcha pas l'infiltration purulente de continuer de décoller les tissus profondément, de haut en bas, jusqu'au-dessous de la clavicule.

En avril, deux nouvelles incisions furent pratiquées, cette fois sous la clavicule, et des drains furent logés dans tous les trajets.

En mai, deux incisions à la région mammaire ; nouveaux drains.

Le 10 août 1894. — Le malade se fit admettre à l'hôpital St-Joseph, dans le service du Dr Lebec. Il était alors dans un état lamentable, la moitié droite du cou et la région mammaire du même côté présentant des décollements profonds en tous sens et de larges pertes de substance des téguments, que le Dr Lebec répara de son mieux au moyen de greffes auto-plastiques nombreuses, mais dont vous pouvez voir encore aujourd'hui les traces, sous forme de cicatrices multiples.

Lorsqu'il sortit des mains du Dr Lebec, à la fin de l'année 1894, ses lésions étaient complètement cicatrisées, à part une fistule persistant à la partie moyenne du cou, immédiatement en arrière du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à 5 centimètres au-dessous de la pointe mastoïdienne, au niveau de la première incision pratiquée par mon confrère, le 23 mars 1894. C'est pour cette lésion persistante que le jeune homme vint me consulter à ma clinique le 11 décembre dernier (1897).

J'explorai aussitôt la fistule en question, et je réussis à y faire pénétrer profondément, de bas en haut et de dehors en dedans, une sonde cannelée, fortement courbée. J'eus l'impression que l'instrument, après avoir plongé sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, était arrêté à la base du crâne, en dedans de l'apophyse mastoïde.

Je songeai aussitôt à une suppuration cervicale d'origine mastoïdienne, et, examinant l'oreille, je constatai que le tympan était en grande partie détruit et qu'il existait une légère otorrhée qui, au dire du malade, n'avait jamais complètement cessé depuis l'année 1893.

L'absence de signes mastoïdiens, tels que gonflement, sensibilité à la pression, ne m'empêche de persister dans mon hypothèse, et je conclus à un abcès chronique de Bezold, consécutif à une ostéite fongueuse tympano-mastoïdienne.

L'opération, proposée par moi, et acceptée par le malade, eut lieu le 15 décembre 1897. Elle se composa de deux temps distincts :

Le premier consista dans l'opération classique de Stacke. Il ne présenta rien de particulier, sinon qu'en étendant inférieurement la brèche osseuse centrale, je rencontrai un clapier osseux rempli de pus et de fongosités, communiquant avec les cellules de la pointe mastoïdienne, et que je laissai provisoirement pour passer au second temps de l'opération.

Ce second temps consista à inciser, couche par couche, tous les tissus formant un pont au-dessus de la sonde cannelée, introduite de bas en haut dans le trajet fistuleux jusqu'à la base du crâne, en dedans de l'apophyse. J'incisai donc la peau, puis toute l'épaisseur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, rencontrant dans sa masse plusieurs branches artérielles difficiles à pincer. J'attaquai ensuite, avec la gouge et la pince coupante, toute l'épaisseur du pont osseux recouvrant le clapier signalé plus haut, et retrouvai finalement la pointe de ma sonde, au milieu des fongosités de ce foyer qui siégeait entre la face profonde de l'apophyse mastoïde et la partie supérieure et latérale de l'aponéphrose pharyngienne.

Dès lors, la partie était gagnée, et toute la longueur du trajet fistuteux se trouvait convertie en un long et profond sillon, qui ne pouvait manquer de se combler avec le temps.

Toutes les fongosités furent soigneusement curettées, et le foyer fut badigeonné, dans toute son étendue, avec une solution de chlorure de zinc au cinquième.

Deux points de suture seulement furent placés à la partie tout à fait supérieure de l'incision rétro-auriculaire.

Le sillon profond créé par l'opération fut saupoudré d'iodoforme et bourré avec de la gaze iodoformée.

L'opération totale n'avait pas duré moins de deux heures et demie, sans compter la durée de la chloroformisation. J'eus la satisfaction de constater, au moment du réveil du

malade que le nerf facial avait été épargné au cours de la large résection osseuse.

Pas de fièvre les jours suivants.

Le pansement fut changé le 20 décembre et renouvelé depuis, presque tous les jours, Chaque pansement a consisté à introduire deux mèches de gaze iodoformée dans la cavité tympano-antrale, l'une par le conduit, l'autre par la brèche rétro-auriculaire, et à combler le sillon mentionné plus haut avec de la gaze iodoformée.

Aujourd'hui (25 juillet), après sept mois de pansements presque quotidiens, le malade touche enfin à la guérison. La réparation de ses lésions s'est faite lentement, mais progressivement. Nous avons vu le sillon rétro-auriculaire, dont la profondeur, immédiatement après l'opération, atteignait 8 centimètres, se combler chaque jour davantage. Vous pouvez voir qu'il est aujourd'hui complètement cicatrisé.

Actuellement, le jeune homme est encore en traitement pour un reste d'otorrhée, qui ne manquera pas de se tarir, d'ici à quelques semaines, dès que l'épidermisation de sa cavité tympano-antrale, déjà fort avancée, sera complète.

Appendice. — Ce résultat a été obtenu dès la fin d'août 1898. Depuis lors, l'otorrhée n'a pas reparu. Quant aux traces de la grosse opération rétro-auriculaire, elles se bornent à une simple dépression cicatricielle, qui ne laisseront guère soupçonner la profondeur et l'étendue de la brèche opératoire primitive.

RÉFFLEXIONS ET CONCLUSIONS

La lecture des deux observations qui précède vous suggérera sans doute, comme à moi, les réflexions suivantes :

1° Les suppurations cervicales d'origine mastoïdienne, moins connues aujourd'hui encore qu'elles mériteraient pourtant de l'être, constituent une lésion essentiellement insidieuse, et dont les progrès peuvent être désastreux en l'absence d'un diagnostic précoce.

2° Seul, le diagnostic précis de la cause première des accidents peut permettre un résultat opératoire radical. Vous remarquerez, par exemple, que, malgré les soins éclairés dont il avait été l'objet, le malade de notre deuxième observation, ne put être soumis à la seule opération qui pouvait le guérir radicalement qu'après que sa suppuration cervicale eût été rattachée étiologiquement à l'otorrhée qui avait jusque-là passé inaperçue.

3° La guérison ne peut être obtenue qu'au prix d'une intervention opératoire laborieuse, consistant à ouvrir largement tous les trajets suppuratifs et à curetter le foyer osseux, source première de tous les accidents. Parmi les clapiers dont l'ouverture et le nettoyage s'imposent, le plus difficile à atteindre est assurément celui qui siège en dedans de l'apophyse mastoïde. Nos deux observations établissent qu'il est difficile de le curetter et de le drainer efficacement, sans une résection préalable de la plus grande partie de l'apophyse mastoïde.

BIBLIOGRAPHIE

Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose, par A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, avec 9 figures dans le texte. Paris, lib. J. B. Baillière et fils, 1896.

M. Béclère avait présenté un rapport au dernier congrès pour l'étude de la tuberculose sur le diagnostic de la tuberculose par la radiographie. C'est ce rapport, augmenté des nouvelles études incessamment publiées depuis cette époque,qui paraît aujourd'hui dans la collection des Actualités médicales. L'étude consciencieuse qui est faite de ce moyen de diagnostic montre tous les services que peut rendre la radiographie en médecine. Les conditions d'inégale perméabilité des organes thoraciques sont très favorables à l'examen par les nouvelles radiations. M. Bouchard a comparé les renseignements donnés par cet examen à ceux que donne la percussion, avec cette différenee toutefois que l'examen par les rayons atteint les organes les plus profonds, alors que la percussion n'atteint que les couches superficielles de la poitrine. Parmi les maladies de l'appareil respiratoire, la phtisie donne des lésions qui restent d'abord longtemps cachées, absolument latentes par suite de l'absence de tout trouble fonctionnel. L'examen radiographique est venu réduire les difficultés du diagnostic de cette maladie. Souvent des sujets d'une santé apparente parfaite présentent à l'examen des opacités anormales indiquant une condensation du sommet pulmonaire, une tuméfaction des ganglions bronchiques, un épaississement de la plèvre, une diminution dans l'excursion du diaphragme.

La radioscopie indique l'existence de toutes ces lésions, sans indiquer leur nature. Mais c'est déjà beaucoup qu'elle puisse mettre en garde contre l'éventualité d'une affection aussi grave que la phtisie, qui renseigne encore sur l'étendue des lésions et permet de se former un jugement pronostique. Enfin elle permet d'éviter une erreur de diagnostic chez les sujets qu'on suppose à tort, par suite de certains troubles, atteints de tuberculose pulmonaire. Il est indéniable que la radioscopie a apporté au diagnostic de cette affection un appui qu'on ne pourra plus négliger dans l'avenir.

Après un historique et une étude critique de la radioscopie et de la radiographie médicale, M. Béclère étudie les ressources de ce moyen de diagnostic dans la tuberculose latente, la tuberculose douteuse et la tuberculose certaine, et termine en signalant les maladies simulant la tuberculose et que démasque la radiographie.

La monographie de M. Béclère ne peut qu'être vivement recommandée à tout confrère qui veut se familiariser avec cette question.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Valeur thérapeutique négative des gargarismes. — Le Dr Saenger (*Münchener Med. Wochenschr.* et *J. de clin. thér. inf.*) a voulu résoudre expérimentalement cette question : le gargarisme est-il un procédé thérapeutique rationnel ? Atteint-il le but qu'on se propose? L'importance pratique de cette question n'échappera à personne, car le gargarisme est toujours en honneur chez le médecin comme chez le public. Ce qu'on se propose d'atteindre par le gargarisme, c'est de mettre en contact la muqueuse pharyngienne avec une solution médicamenteuse supposée active. Ce contact a-t-il lieu réellement? Il y a une expérience bien simple à faire pour y répondre : c'est de faire faire des gargarismes avec des solutions colorées et d'examiner ensuite les parties de la muqueuse qui se colorent. Or, ces expériences ne donnent aucun résultat positif : chez la même personne, on voit tantôt la muqueuse se colorer, tantôt rester incolore. L'auteur a même vu, plusieurs fois, la paroi postérieure du pharynx se colorer, tandis que les amygdales n'étaient pas colorées. C'est donc une méthode tout à fait incertaine.

L'auteur a modifié cette expérience de la façon suivante. Avec un pinceau formé d'un morceau de bois avec, au bout, un peu d'ouate hydrophile, trempé dans une solution de bleu de méthylène, il badigeonne les deux amygdales, et immédiatement après, il fait faire un gargarisme avec de l'eau pure. La quantité de matière colorante étant suffisante pour colorer en bleu un verre d'eau, l'eau de gargarisme, si elle venait en contact avec les amygdales, devrait se colorer. Or, les nombreuses expériences souvent répétées ont montré que l'eau qui s'écoule de la bouche après gargarisme reste incolore, c'est-à-dire qu'elle ne vient jamais en contact avec les amygdales bien que l'examen direct montre que les amygdales et quelquefois aussi la paroi postérieure du pharynx sont d'un bleu intense. L'auteur fait ensuite une contre-expérience : il badigeonne comme précédemment et avec la même quantité de matière colorante la luette et la partie postérieure de la langue, et l'eau du gargarisme revient colorée en bleu intense. *Quelquefois* on voit se colorer, à la suite d'emploi d'un gargarisme coloré, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx ; l'auteur prouve par une expérience physique ingénieuse que cette coloration est due à des gouttelettes retombant sur ces parties de la muqueuse, après un gargarisme un peu long.

Il est donc bien établi que, dans le gargarisme, le liquide ne vient jamais en contact avec les amygdales ni avec la muqueuse pharyngienne et que l'action du gargarisme est absolument illusoire.

Par quoi faut-il le remplacer? Par le badigeonnage, mais non pas tel qu'on le pratique couramment au moyen d'un pinceau, avec lequel on produit souvent de véritables traumatismes dans une muqueuse déjà malade; mais au moyen de morceaux d'ouate montés sur des tiges quelconques au moyen desquels on *dépose* simplement la substance médicamenteuse sur la muqueuse pharyngienne malade.

Deux cas d'empoisonnnement par le sulfonal. (Richmond. *Brit. Med. Journ.*, 29 octobre 1898.) — Une femme ayant pris une heure avant plus de 7 grammes de sulfonal était dans le coma, les pupilles dilatées ; le réflexe conjonctival avait disparu ; la respiration était imperceptible ; les bruits cardiaques étaient faibles, lents (47 à 50 à la minute) ; le pouls insensible, les extrémités froides, les lèvres bleues. On fit des applications chaudes, et l'on ordonna d'abord un peu moins de 1 milligramme de strychnine en injection sous la peau, 8 centigr. 1/2 d'apomorphine. En quarante secondes, on vit apparaître des tressaillements musculaires à la face et aux membres. Le cœur devint plus fort, plus rapide ; en deux minutes, il vint des vomissements. La malade se réveilla, et en six heures, elle était guérie.

(Wien. *Berl. klin. Woch.*, 1898, n° 39.) — Une malade avait pris pendant un mois environ 1 gr. 50 de sulfonal par jour. Le jour qui suivit la suspension du médicament survinrent des vomissements incoercibles, de la parésie des extrémités et des muscles du pharynx et du palais. Seulement au bout de huit jours apparut l'hématoporphyrinurie. A l'autopsie, il y avait néphrite toxique bilatérale, cystite, dégénérescence du myocarde. L'auteur, se basant sur la fréquence des cas de mort par le sulfonal (18 jusqu'en 1894), conseille de ne le prescrire que quelques jours. Dans les neuf dixièmes de ces cas mortels, les malades étaient des femmes.

On pourrait essayer dans cette intoxication la transfusion ou l'injection de sérum artificiel, le camphre, car le danger est dans la défaillance du cœur. On devra enfin exciter la diurèse.

(W. Morain, *in Rev. int. de méd. et de chir.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 mars 1899. — *Présidence de* M. Van Tieghem.

Prédispositions morbides de la période puerpérale. Hyperglycémie et déminéralisation (1) — M. A. Chabrin. Plus les connaissances bactériologiques se développent, plus on voit grandir l'importance des modifications de l'organisme propres à influencer la multiplication et le fonctionnement des microbes. En dehors des agents absolument spécifiques, ces microbes le plus ordinairement végètent à la surface des revêtements cutanés ou muqueux, des canaux communiquant avec l'air ; ils attendent l'heure du changement qui va créer un milieu favorable, ce qu'on appelle la *prédisposition*.

Malheureusement, il est plus aisé de savoir ce que sont, en partie au moins, ces bactéries, que de déterminer avec

(1) Travail du Laboratoire de Médecine expérimentale (Hautes Études).

précision les variations d'ordre chimique survenues dans la composition des tissus ou des humeurs de l'économie; on est habituellement réduit à se contenter de l'emploi de certaines expressions, telles que *modifications du terrain*, *prédispositions*, *opportunité*, etc.

On sait, par exemple, que, au voisinage des accouchements, des streptocoques, des pneumocoques, des colibacilles, etc., engendrent une série d'infections; on connaît ces germes, fréquemment leur provenance. Mais pourquoi évoluent-ils à ce moment, alors qu'ils vivaient quelque temps avant d'une existence latente?

On a accusé les émotions, les hémorragies qui accompagnent ces accouchements, parfois l'état des viscères, plus souvent la plaie placentaire, etc. Or, dans plus d'un cas, ces émotions font défaut, ces hémorragies sont sans inconvénient sérieux, les lésions viscérales demeurent insaisissables; quant au traumatisme utérin, il se borne, en ouvrant la porte au virus, à exercer une action locale qui ne saurait être confondue avec la tare générale des plasmas. En somme, ces facteurs, capables à la vérité d'intervenir dans quelques circonstances, sont assez souvent inconstants ou insuffisants : dans ces conditions, on ne peut se contenter de semblables explications, tout en admettant la portée théorique de ces causes. — Il devenait, dès lors, nécessaire d'entreprendre quelques recherches.

Après d'autres auteurs, j'ai étudié la glycosurie de la grossesse; je l'ai observée jusqu'à 40 fois sur 100; j'ai enregistré de nombreux éléments de variations, tels que l'heure des repas, la nature du régime, etc.; j'ai décelé avant tout du glycose (fixation des osazones); quelquefois, en particulier au neuvième mois ou après l'accouchement, du lactose; par exception, du lévulose ou du saccharose.

Mais le point intéressant de ces recherches, c'est qu'il suffit de faire ingérer 60 gr. à 120 gr. de ce glycose pur, à ces femmes arrivées au terme de leur grossesse, pour faire apparaître le phénomène de la glycosurie dite *alimentaire*; or, à l'état normal, ces mêmes femmes, pour aboutir à ce même résultat, sont obligées d'élever cette dose à 140 ou 180.

Cette constatation, réalisée dans mon service par M. Brocard, prouve que la consommation du sucre, dans ces conditions, est ralentie. Comme, d'autre part, l'économie produit des quantités notables de ce sucre, il découle de cette donnée, à titre de conséquence fatale, l'accumulation de ce corps, autrement dit l'hyperglycémie. Or, tous les expérimentateurs sont d'accord pour proclamer que cette hyperglycémie favorise l'éclosion du mal; la clinique formule un semblable enseignement.

Il y a autre chose. — D'après Bunge, Lapicque, les tissus du nouveau-né sont relativement riches en fer. D'où vient ce produit? On ne saurait invoquer le lait, d'abord parce que ce liquide en contient fort peu, en second lieu parce qu'il est possible de déclarer son existence avant la lactation.

On est, par suite, conduit à admettre que ce principe dérive de l'économie maternelle. Toutefois, il convient de l'établir; il convient plus encore d'examiner si le rejeton l'emprunte au fer circulant, au fer alimentaire de la mère ou au fer de constitution : l'expérimentation seule pouvait fournir la réponse.

Dans quinze séries d'expériences, avec M. Guillemonat, j'ai donné cette substance, par la méthode de Lapicque, dans deux des viscères assez abondamment pourvus, c'est-à-dire le foie et la rate; j'ai opéré sur un nombre égal de femelles pleines, et de femelles normales.

Pour le foie, les différences sont légères; elles ne dépassent pas les limites de l'erreur possible, puisque la moyenne atteint, chez les cobayes grosses, 0 cgr. 20 et 0 cgr,24 chez les secondes. — Voici, du reste, quelques-uns des chiffres obtenus, pour les femelles en état de gestation : 0,20; 0,17; 0,15; 0,13; 0,10; 0,34; 0,28. — L'analyse des glandes hépatiques des cobayes non pleines a donné les nombres suivants, en rapportant à 1000, comme pour la précédente série : 0,20; 0,17; 0,28; 0,26; 0,20; 0,28; 0,38; etc.

Par contre, le fer de la rate, dans le cas de grossesse, fournit, toujours pour 1000 : 0,75; 0, 72; 0,46; 2; 1,07; 0,71. — Si l'on s'adresse aux animaux hors de la gestation, on enregistre ordinairement des poids plus considérables : 2,24; 1; 2,76; 2,28; 0, 72; 1, 17; 0,94; etc.

Quant aux moyennes, elles atteignent, pour 1000, 1 gr. 01 pour le premier groupe et 1,42 pour le deuxième. — Si l'on considère le fer total de ce tissu splénique, ces moyennes tombent à 0,72 et 0,94 pour les femelles normales.

A s'en tenir aux cas examinés, il semble donc, en dépit des variations individuelles, que, dans les conditions où nous nous sommes placés, dans la grande majorité des faits observés, le fer de la rate diminue sensiblement pendant que les fœtus se développent.

Existe-t-il une relation entre le degré de cette diminution et le nombre de ces fœtus? Quelques constatations très insuffisantes pourraient le faire supposer; c'est ainsi qu'une femelle portant cinq rejetons ne possédait plus que 0,46 pour 1000 de composés ferrugineux, tandis qu'une autre, dont l'utérus renfermait un unique petit, en avait encore 1,07.

On a le droit d'être plus affirmatif au sujet des oscillations de poids que présente ce viscère splénique. Ce viscère, en effet, augmente, passe de 0,40 à 0,64, plus tard à 0,92, poursuivant même cette augmentation un peu après la mise bas. En revanche, la pathogénie de cet accroissement reste inconnue; s'agit-il de changements en rapport soit avec cet appauvrissement en fer, soit avec la genèse des globules ou la masse du sang, soit avec des modifications du foie, etc, Nous l'ignorons.

Quoi qu'il en soit, l'organisme paraît subir fréquemment, à l'heure de l'accouchement, une déminéralisation, consistant dans le passage de proportions variables de fer aux éléments en formation. Or, il n'est pas un expérimentateur qui ne considère cette modification par spoliation comme une cause certaine d'affaiblissement (1) : l'économie peut donc être doublement préparée à l'évolution des maladies: par l'hyperglycémie qui avant tout facilite la pullulation des parasites, par la déminéralisation qui atténue l'énergie de la résistance; par ces deux éléments réunis, par l'un ou par l'autre.

A vrai dire, on doit parfois compter tantôt avec les facteurs secondaires dont nous avons parlé, tantôt avec les influences qui dérivent de l'activité de la nutrition si notablement ralentie, à divers égards, pendant la grossesse,

(1) Avec M. Levaditi, au cours d'expériences inédites, nous avons pu faire naître une sorte d'état réfractaire, avec sérum microbicide, en usant des matières minérales. D'autre part, Buchner supprime le pouvoir bactéricide des plasmas en supprimant les sels, etc.

comme nous l'établirons par l'étude de la marche de l'amaigrissement, du volume de l'urine, des proportions de l'urée, de la valeur de la thermogénèse, etc. Néanmoins, on est, dès à présent, en mesure de remplacer les mots de *variations de terrain* par des réalités définies, par des formules précises.

Il est inutile d'ajouter que, du moment où l'on commence à dévoiler la pathogénie de certains troubles morbides, on est en droit d'espérer qu'un instant viendra où l'on saura s'opposer à la réalisation du mécanisme de ces troubles : on entrevoit aisément les conséquences pratiques.

Action du pancréas sur la toxine diphtérique (1). — MM. Charrin et Levaditi. Certaines toxines, telles que celles des bacilles pyocyanique, diphtérique, tétanique, etc. introduites dans l'intestin, sont atténuées dans des proportions variables : les expériences que nous avons poursuivies ne laissent aucun doute à cet égard. — Nous avons pu aller plus loin et dévoiler, dans quelque mesure, le mécanisme d'ailleurs complexe de ces modifications ; les sécrétions de la muqueuse agissent sur ces produits microbiens, leur font subir une vraie digestion ; d'autre part, en évoluant dans ces liquides, les bactéries les altèrent.

En continuant nos recherches, nous avons pu mettre clairement en évidence l'intervention du pancréas ou plutôt de ces sécrétions (2).

Expérience I. — Le 26 janvier 1899, on recueille, sur un chien de 16 kg. au moment même de la mort, un pancréas de 16 gr. et une masse musculaire de même poids.

On injecte, dans chacun de ces deux tissus, 5 cc. d'une toxine diphtérique tuant à la dose de 0 cc, 05, soit par conséquent cent fois la quantité mortelle.

On place à l'étuve ces organes disposés dans des cristallisoirs stérilisés ; on tient le plus grand compte des liquides qui peuvent s'échapper de ces tissus. Puis, après vingt-deux heures de séjour à 39°, on les triture avec du verre pilé, en ayant soin d'ajouter, de part et d'autre, 7 cc. d'eau salée ; on filtre et sur du papier et à la bougie, avant d'injecter ces extraits.

Le 28 janvier, un cobaye de 420 gr. reçoit le produit pancréatique : il résiste. — Chez un cobaye pesant 350 gr. on fait pénétrer celui de ces extraits qui provient du muscle : il succombe le 29, en présentant des capsules surrénales remplies de sang.

Cette expérience bien souvent répétée nous a donné constamment ce résultat qui semble mettre en évidence l'action atténuante du pancréas. — Toutefois, on est en droit de se demander si cette atténuation n'est point un phénomène banal se réalisant aussi dans le muscle : la mort dans cette hypothèse dépendrait des poisons musculaires.

On peut répondre négativement en s'appuyant sur la nature hémorrhagique, sur la localisation capsulaire des lésions, sans parler de l'entérite, de la congestion des autres viscères ; ces caractères indiquent l'intervention de la sécrétion du bacille de Loffler. Néanmoins une réponse expérimentale directe a plus de valeur.

Expérience II. — Le 9 février 1899, on tue par le chloroforme un chien de 11 kg. ; on prend de suite le pancréas qui pèse 14 gr. et deux masses musculaires *a* et *b*, pesant chacune 12 gr.; on fait pénétrer 5 cc. de toxine diphtérique dans ce pancréas et la masse musculaire *a*, tandis que la masse *b* reçoit 5 cc. d'eau salée.

On place ces tissus à l'étuve. — Au bout de dix heures on les triture, après une addition de 25 cc. d'eau salée à chacun d'eux, on filtre sur porcelaine et l'on injecte ces trois liquides, le premier, celui du pancréas, à un cobaye I du poids de 420 gr. ; le second, celui de la masse *a*, à un cobaye II, de 400 gr. ; le troisième, celui de la masse b, à un animal III pesant 410 gr. ; seul le cobaye II, qui a reçu la toxine introduite dans le muscle, périt.

On est dès lors autorisé, en présence de la survie du cobaye III, à exclure l'influence de ces poisons musculaires.

Le pancréas exerce donc une réelle action atténuante sur ces principes bactériens ; la putréfaction a sa part ; mais, si l'on maintient ces tissus à 39° durant quelques heures seulement, si on les retire au moment ou cette putréfaction commence, on continue à enregistrer, à des degrés variables, l'existence de ces modifications de la toxine.

Il est, du reste, aisé de prouver la réalité de cette influence du pancréas ou mieux de ses sécrétions, en supprimant, au préalable, les qualités fonctionnelles de ce viscère, l'activité de ces sécrétions.

Expérience III. — Le 3 février 1899, on recueille deux parties, de poids égaux, d'un même pancréas ; la partie A est portée de 72° à 74° pendant quinze minutes; on la triture ensuite avec du sable fin, en ajoutant 25 cc. d'eau physiologique ; la partie B subit le même traitement, sauf le chauffage. — Après un séjour de deux heures à 38° on filtre à la bougie.

On introduit alors 12 cc. de chacun de ces deux extraits dans des flacons d'Erlenmayer qu'on porte à 38°, dès qu'on a introduit, dans l'un et dans l'autre de ces flacons, un petit cube d'albumine. Or, seul le cube déposé dans celui de ces récipients qui contient le produit de B se ramollit, devient plus petit : la chaleur a supprimé, suivant la règle, l'activité de A.

Expériences IV et V. — Le 3 mars, on prend deux morceaux α et β de pancréas de poids identique ; on injecte dans leur épaisseur 5 cc. d'eau renfermant 7 pour 1000 de chlorure de sodium, puis on chauffe α à 74°.

A ce moment, α et β reçoivent le premier 2 cc. de toxine, le second 4 cc. ; on les place alors durant vingt-deux heures à l'étuve ; on les retire pour les triturer dans 30 cc. d'eau salée. — Au bout de trois heures d'un nouveau séjour à 40°, on filtre.

Chez un cobaye de 480 gr. on introduit 7 gr. du liquide qui provient du morceau α, puis 18 cc.5 du produit dérivé de β chez un autre cobaye du poids de 490 gr. : or, le premier succombe empoisonné par la toxine, résultat prouvant que, si l'on supprime par la chaleur les attributs diastasiques des sécrétions pancréatiques, cette modification de la toxine n'a pas lieu.

Nous avons même précisé ces conditions, en nous bornant, dans une expérience V, à élever la température du pancréas à 65°-68° ; dans ce cas, cette modification s'est pro-

(1) Travail du laboratoire de Médecine expérimentale (Hautes Etudes).

(2) Nencki, Sieber et Schoumov-Siemanovsky ont montré cette action du pancréas *in vitro* et *in vivo* ; nous l'avons nous-même déjà indiquée : aujourd'hui nous établissons le fait avec quelques détails. — Divers auteurs ont étudié ce rôle de l'intestin.

duite, mais d'une façon peu marquée ; il est nécessaire d'atteindre le degré fixé par la physiologie, en tenant compte de l'humidité du milieu où l'on opère.

Ainsi, il est évident que le pancréas agit par ses éléments diastasiques ; il doit vraisemblablement opérer une sorte de digestion. Toutefois, à coup sûr, le processus *ne relève pas d'un mécanisme antitoxique.*

Expérience VI. — Le 6 mars 1899, on porte à 73° un fragment 1 de pancréas ; on le triture après vingt et une heures de séjour à l'étuve, en l'additionnant de 5 cc. d'eau salée à 7 pour 1000 ; on fait de même pour un fragment 2 de poids semblable qui n'a été soumis à aucune influence thermique. — Le 8 mars, un cobaye *a*, de 400 gr., reçoit sous la peau du flanc droit 1 cc. 5 du liquide extrait du fragment pancréatique 1 et, sous la peau du flanc gauche, 0 cc. 25 de toxine diphtérique diluée et filtrée représentant une dose mortelle. — A un cobaye *b* on injecte à droite, 1 cc. 5 de l'extrait du fragment 2 et, de même, o cc. 25 de cette toxine à gauche. — Chez un cobaye *c*, on fait pénétrer, d'un côté, 1 cc.5 d'eau physiologique à 7 pour 1000 de NaCl, de l'autre, o cc. 25de ce poison du bacille de Loffler. — Enfin, à un cobaye *d*, on administre simplement 0 cc. 25 de ce poison.

Le cobaye *b* meurt le premier, le 10 mars, probablement sous l'influence des sécrétions diastasiques qui, en dehors d'une lésion locale, d'une sorte d'escarre, conséquence de la digestion des tissus, ont engendré un léger empoisonnement.

Les cobayes *c* et *d* périssent le 11 ; le cobaye *a*, le 12.

Il est donc manifeste qu'on ne saurait invoquer un processus antitoxique.

La mort par les courants électriques (courant continu). — MM. J.-L. Prevost et F. Battelli. Dans une note présentée le 13 mars 1899, nous avons résumé les résultats que nous a fournis l'étude de l'action des *courants alternatifs* sur diverses espèces animales (*chien, cochon d'Inde, lapin, rat*). Depuis lors nous avons continué ces recherches en expérimentant l'effet des *courants continus* sur les mêmes espèces animales.

Ce sont ces expériences qui forment le sujet de la présente note.

Nous nous sommes servis du courant continu qui sert à la distribution de l'énergie électrique dans la ville de Genève. Le pôle positif est représenté par le fil distributeur, le pôle négatif est constitué par le sol. Entre les deux pôles, il existe une différence de potentiel de 550 volts. Pour diminuer ce voltage, nous avons employé un rhéostat à spirale, sur lequel on prenait en dérivation le courant à tension abaissée. Les autres dispositifs des expériences étaient les mêmes que nous avions employés précédemment. En général l'électrode positive était placée dans la bouche, la négative sur les cuisses bien rasées et dans le rectum.

Le mécanisme de la mort par les courants continus est semblable dans ses grandes lignes à celui que l'on constate avec les courants alternatifs ; toutefois on peut signaler plusieurs notables différences.

Ces *chiens* meurent par paralysie du cœur avec des tensions relativement basses (50 à 70 volts), tandis que la respiration continue encore pendant plusieurs minutes. Les ventricules présentent les trémulations fibrillaires dont nous avons parlé dans notre précédente communication, les oreillettes continuant à battre. Il est, par conséquent, inutile en pareille circonstance de pratiquer la respiration artificielle.

Avec les voltages les plus élevés dont nous disposions (550 volts) le cœur est arrêté par une seule secousse (fermeture et rupture), la respiration est suspendue pendant ptusieurs secondes, puis elle reprend, mais faible et superficielle et ne tarde pas à s'arrêter.

Pour provoquer les trémulations fibrillaires des ventricules avec un courant continu, il faut une tension d'au moins 50 à 70 volts, les électrodes étant placées dans la bouche, dans le rectum et sur les cuisses, tandis qu'une tension de 10 volts suffit avec le courant alternatif. Mais tandis qu'avec le courant alternatif la durée du contact doit être au minimum d'une seconde, avec le courant continu une seule secousse (savoir le temps nécessaire pour fermer et ouvrir le courant, soit environ un dixième de seconde) suffit pour obtenir ce résultat.

Chez les *cochons d'Inde*, le cœur peut aussi être mis en trémulations fibrillaires. Pour produire ce phénomène, il faut un courant d'une tension d'environ 100 volts ; mais la paralysie dn cœur produite par le courant continu paraît être moins définitive qu'avec le courant alternatif. Assez souvent le cœur se remet à battre après avoir présenté des trémulations fibrillaires ; mais, dans d'autres cas, le cœur s'arrête définitivement surtout si le voltage n'est pas trop élevé. Une tension de 200 à 300 volts paraît être la plus favorable pour arrêter le cœur. Il est bien rare, au contraire, que le cœur soit paralysé par un voltage de 550 volts.

Chez le *lapin*, l'état fibrillaire du cœur n'est généralement que momentané, aussi l'animal ne meurt que rarement à la suite de l'arrêt du cœur. Chez lui, l'arrêt de la respiration ne fut que momentané avec l'emploi des plus hauts voltages dont nous disposions (550 volts). Les lapins soumis à ces courants pendant plusieurs secondes se sont remis après une phase plus ou moins longue d'affaissement général.

Chez les *rats*, le cœur ne peut être mis en trémulations fibrillaires durables. Avec des voltages de 400 à 550 volts, nous avons constaté l'arrêt des contractions des oreillettes pendant une à deux minutes, tandis que les ventricules continuaient à battre.

Chez tous ces animaux, la *sensibilité* paraît être plus fortement atteinte par les courants continus que par les courants alternatifs.

Il en est de même de la *respiration* : ainsi avec une tension de 550 volts et avec un contact d'une seconde, le *cochon d'Inde* et le *rat* meurent par paralysie de la respiration, le *lapin* présente une respiration très faible, mais qui se rétablit peu à peu ; le *chien* n'exécute que quelques faibles inspirations qui s'arrêtent bientôt, car le cœur est chez lui irrévocablement paralysé.

Dans une communication faite à l'Académie des Sciences (4 avril 1887) M. d'Arsonval a affirmé que les courants continus ne sont dangereux que par l'extra-courant de rupture. Or les courants que nous avons employés ne présentent qu'un faible extra-courant de rupture, notre circuit étant en dérivation sur le courant principal.

Pour étudier l'influence que peuvent offrir les secousses de fermeture et de rupture des courants continus, nous avons employé un rhéostat liquide offrant une résistance de zéro à 15 000 ohms.

Ce rhéostat était placé dans le circuit de l'animal et permettait d'augmenter ou de diminuer à volonté la résistance. Nous pouvions ainsi supprimer presque complètement les secousses de fermeture et de rupture. Nous avons obtenu les résultats suivants :

La *respiration* et la *sensibilité* se comportent de même, qu'il y ait ou non des secousses de fermeture et de rupture.

Les *convulsions* sont, au contraire, surtout provoquées par la secousse de rupture.

Quant au *cœur*, les trémulations fibrillaires peuvent survenir sans que le circuit soit fermé ou ouvert brusquement. En voici un exemple :

Chez un cochon d'Inde anesthésié par l'éther, on met à nu le cœur, en pratiquant la respiration artificielle. Les électrodes sont placées dans la bouche et sur les cuisses rasées. On introduit dans le circuit une grande résistance et l'on fait passer le courant. Le cœur continue à battre.

On enlève peu à peu la résistance : il arrive un moment où les ventricules cessent de battre en offrant des trémulations fibrillaires.

Si l'on introduit alors peu à peu la résistance, le cœur reste paralysé et l'animal meurt malgré la respiration artificielle.

Si, au contraire, dans une expérience disposée de la même manière, on rompt brusquement le circuit, sans introduire la résistance, les ventricules reprennent souvent leur rythme normal, quand toutefois le voltage est suffisamment élevé (par exemple 460 volts).

C'est là un fait analogue à celui que nous avons constaté avec les courants alternatifs, savoir qu'une excitation violente peut faire cesser les trémulations fibrillaires du cœur.

Chez les chiens, nous n'avons pas pu ranimer le cœur par un courant continu. Il est possible que la cause en soit dans le fait que le voltage de 550 volts n'offrait pas une tension suffisante pour arriver à ce but.

L'examen des tracés de la pression artérielle semble indiquer l'absence d'une excitation vaso-motrice que produisent, au contraire, les courants alternatifs.

Recherches sur les terminaisons nerveuses sensitives dans les muscles striés volontaires (1). — M. D. Polounordwinoff. D'après ce qui est connu relativement à l'innervation du tissu musculaire, les muscles striés volontaires seraient dépourvus des appareils terminaux sensitifs; tous les phénomènes de la sensibilité des muscles, soit le sens musculaire, soit les sensations douloureuses, trouveraient leur explication dans la présence de terminaisons nerveuses spéciales dans les tendons, fascies, tissu interstitiel des muscles, en un mot, dans le tissu conjonctif exposé à l'influence mécanique de la part des muscles à l'état de contraction.

En étudiant les muscles striés ordinaires des Torpilles, j'ai trouvé des terminaisons particulières qui, ni par la forme, ni par leur structure, ni par les dimensions, ne ressemblaient aux terminaisons motrices. C'est ce qui m'a décidé à soumettre à l'examen histologique les muscles de différents animaux, et à déterminer le caractère de ces appareils, au moyen de la section des racines de la moelle épinière.

Chez tous les animaux que j'ai examinés : *Raia clavata* et *R. mosaïca*, *Frigon vulgaris*, grenouille, lapin, cochon d'Inde, j'ai pu voir des appareils terminaux analogues et même, dans certains cas, identiques à ceux des Torpilles. Suivant les espèces animales, ces terminaisons présentent quelques variations et peuvent être réduites à trois types principaux :

1° *Chez les Torpilles*, l'appareil terminal consiste en un grand nombre de fibrilles nerveuses, extrêmement fines, variqueuses, qui se disposent en forme de pinceau sur le sarcolemme de la fibre musculaire; chaque fibrille, après une série de ramifications dichotomiques, se termine par un petit renflement qui ne surpasse pas par la grosseur les varicosités de la fibrille elle-même. Les nerfs auxquels appartiennent les terminaisons sont toujours les fibres nerveuses à myéline *très larges*; elles se divisent plusieurs fois avant de donner deux-trois branches terminales. La largeur et les ramifications successives rendent leur aspect tellement caractéristique que, ne voyant dans le microscope que ces fibres nerveuses, on peut être sûr de trouver, en suivant leur trajet, les terminaisons en question. La gaîne de Henle enveloppe l'appareil terminal et plus loin se confond avec le sarcolemme.

Grâce à leurs dimensions considérables, ces terminaisons sont nettement visibles à l'œil nu sur les préparations bien colorées.

2° *Chez les Grenouilles*, nous avons des appareils terminaux plus compliqués. Ce ne sont pas les muscles du type ordinaire qui se lient avec les terminaisons dont il s'agit, mais toujours les fibres musculaires plus courtes et plus minces, dépourvues de tendons, et connues sous le nom de *fuseaux musculaires*. On pourrait distinguer plusieurs formes de terminaisons; celles-ci étant peu essentielles, je me contenterai d'en écrire une, qu'on observe le plus souvent. Un gros nerf à myéline, ayant atteint un petit groupe de fuseaux musculaires (3-5), se divise et se subdivise; les branches perdent la gaine de myéline et donnent les arborisations terminales sur le sarcolemme des fuseaux musculaires; chaque terminaison se compose de fibrilles variqueuses très minces, à ramifications dichotomiques se dirigeant le long des fuseaux. Tous les fuseaux constituant le groupe sont enveloppés en masse, dans leurs parties qui sont munies des terminaisons nerveuses, par une membrane-gaine de Henle de la fibre nerveuse.

3° Tout ce qui vient d'être dit relativement aux fuseaux musculaires, au nerf, à la membrane, on pourrait le répéter en décrivant les appareils terminaux chez les *Mammifères*; il n'en est pas de même de l'arborisation terminale; il existe ici une particularité qui donne aux terminaisons nerveuses une apparence extrêmement caractéristique : certaines fibrilles s'élargissent en forme de rubans et entourent les fuseaux par des tours en spirale; le reste des fibrilles se termine chacune par un bouton aplati, atteignant quelquefois des dimensions considérables.

En ce qui concerne le rôle physiologique de ces terminaisons, la section des racines antérieures et postérieures chez une grenouille a montré que ce sont des appareils terminaux *sensitifs*. La méthode dont je me suis servi est la coloration *in vivo* par bleu de méthylène. »

(1) Travail de la Station zoologique d'Arcachon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1899. — Présidence de M. Panas

Algidité progressive des nouveau-nés. — M. Hervieux, à l'appui des recherches de M. Budin sur l'abaissement de la température chez les débiles, communique à l'Académie le résultat des observations qu'il a recueillies, en 1855, sur cet état particulier qu'il a désigné sous le nom d'*algidité progressive des nouveau-nés.*

Comme M. Budin, il a constaté chez un certain nombre de nouveau-nés un abaissement progressif de la température, mais il a reconnu, en même temps, une dépression progressive de la circulation et de la respiration, exactement comme Chossant dans ses intéressantes expériences sur les petits animaux qu'il faisait périr d'inanition. Chez quelques-uns de ces nouveau-nés, M. Hervieux a vu le thermomètre descendre à 28, 26 et même 25, et le chiffre des pulsations à 60 une fois, une fois même à 40 par minute.

Il est facile de comprendre la gravité de cet état morbide. Les onze sujets que M. Hervieux a observés dans ces conditions ont tous succombé. M. Budin n'a guère été plus heureux, puisque sur 142 enfants atteints de ce refroidissement progressif, trois seulement ont survécu. A l'époque où M. Hervieux a recueilli ses observations, on ne connaissait pas la couveuse.

L'extrême gravité de l'algidité progressive impose aux établissements hospitaliers, comme à la clientèle civile, à la ville comme à la campagne, les plus grandes précautions, surtout dans les cas de faiblesse congénitale ou de naissance avant terme. Indépendamment des services que peut rendre la couveuse, on évitera le transport de l'enfant à des distances plus ou moins grandes, et en général toutes les causes de refroidissement.

M. Guéniot. Outre l'incubation par couveuse ou simplement par des boules d'eau chaude, j'ai employé avec grand succès le massage, et j'ai pu ainsi rappeler à la vie des enfants qui, à la suite de refroidissement progressif, étaient tombés en cet état de mort apparente que j'ai appelé la *torpeur syncopale des nouveau-nés.*

Quelques recherches sur un nouveau traitement chirurgical de l'exophtalmie. — M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Roure (de Valence) sur le traitement de l'exophtalmie congénitale par la réduction du volume du sac conjonctival, de façon à refouler en arrière le globe de l'œil. Il conclut que cette opération ne trouvera son indication que dans des cas exceptionnels tels qu'une exophtalmie traumatique. Dans les autres circonstances, c'est à la cause productrice de l'exophtalmie que doit s'adresser la thérapeutique et non à l'exophtalmos lui-même.

MEMENTO PRATIQUE

Pulvis cuticolor : Pâtes présentant la couleur de la peau. Unna. — (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, d'après le *Le Scalpel*) dit se servir, depuis de longues années, pour traiter les dermatoses siégeant sur la face et qui font souvent le désespoir des patients, d'une préparation appelée par lui : *pulvis cuticolor.*

Grâce à son emploi, l'affection cutanée peut passer inaperçue, ce qui assure la persévérance des malades. Ces derniers abandonnent, en effet, bien vite tout traitement des dermatoses exposées à la vue, si les topiques sont facilement visibles. Voici la formule d'Unna :

Oxyde de zinc	2 gr.
Carbonate de magnésie	2 —
Bol blanc	3 —
Bol rouge	2 —
Fécule de riz	10 —

Cette préparation rend de grands services dans l'eczéma séborrhéique du visage, l'acné rosacea et l'hyperhidrose huileuse.

Il ne faudrait pas croire que cette formule soit la seule possible, car plusieurs mélanges de blanc, de rouge et de jaune (ou brun) peuvent être étudiés à cet égard. On recommandera comme blanc : l'oxyde de zinc, la céruse ou l'oxychlorure de bismuth ; comme jaune, l'ichtyol ou l'ocre blanche (qui est jaune) ; pour les bruns, l'ocre brune ; et comme rouge, le vermillon, le bol rouge, et plus rarement le carmin.

La calamine, carbonate de zinc impur, très employée en Angleterre, mérite toute l'attention des dermatologues à ce point de vue, car elle présente une action thérapeutique marquée et une teinte qui se rapproche beaucoup de celle de la peau.

Unna, en terminant son article, a exprimé l'espoir que d'autres dermatologistes cherchaient également à utiliser les colorants organiques et les a invités à donner des indications sur l'emploi de ces produits en dermatologie.

Rausch, dans le numéro suivant des *Monatshefte* (sept. 1898), répondant au souhait exprimé par Unna, a présenté quelques formules dans lesquelles il utilise le colorant organique l'*éosine.* L'éosine a été choisie à la suite de nombreux essais : cette substance, d'un rouge magnifique tirant un peu sur le jaune, n'est absolument pas irritante. Il est en général préférable, pour obtenir la teinte rouge, de marier l'éosine au bol rouge d'Arménie. En combinant les deux substances, on arrive à des résultats qu'il est impossible d'atteindre si l'on s'en tient à un seul de ces produits.

Nous citons quelques-unes des formules dont Rausch dit se servir depuis assez longtemps déjà et à la grande satisfaction de ses malades.

Bol rouge d'Arménie	0 gr. 24
Glycérine	XX gouttes.
Solution d'éosine 1/500	VII —
Pâte de zinc	40 gr.

Pour les formules avec ichthyol, la quantité d'éosine varie dans des proportions nettement définies suivant la proportion d'ichthyol contenue dans le topique : si cette dernière dépasse 5 0/0, on n'obtient plus de résultat satisfaisant.

Voici les deux formules extrêmes :

I. Ichthyol	1 0/0
Pâte de zinc	40 grammes.
Solution d'éosine à 1/500	XVI gouttes.
II. Ichthyol	5 0/0
Pâte de zinc	40 grammes.
Solution d'éosine à 1/100	XII gouttes.

Comme colle de zinc, l'auteur propose deux formules : la première est plus consistante que la seconde :

	I	II
Bol rouge	0 gr. 3	0 gr. 3
Solution d'éosine à 1/500	3 gr. 5	3 gr. 5
Eau distillée	50 gr.	55 gr.
Gélatine	15 gr.	12 gr. 5
Glycérine	10 gr.	12 gr. 5
Oxyde de zinc	25 gr.	30 gr.

Traitement de la tuberculose laryngée; quelques formules. — Nous empruntons à un travail de M. le Dr de Weglenski, sur la tuberculose laryngée, quelques formules applicables d'ailleurs à toutes les formes de la tuberculose.

Pour obtenir dans une certaine mesure l'antisepsie des fosses nasales, le malade, chaque soir en se couchant, enduira l'intérieur des narines avec la pommade suivante :

Vaseline	18 gr.
Menthol	0 gr. 15, 0 gr. 25 — 0 gr. 50
Acide borique	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50

Comme traitement interne, prendre chaque matin une tasse de lait tiède dans lequelle on ajoutera une cuillerée à café de la solution suivante :

Chlorure de sodium	20 gr.
Bromure de sodium	5 gr.
Iodure de sodium (ou potassium)	1 gr.
Eau	190 gr.

(Potain).

Prendre, à la fin de chaque repas, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Phosphate de chaux	10 gr.
Phosphate de soude	10 gr.
Acide chlorhydrique	3 gr.
Sirop de menthe	300 gr.

La formule suivante, empruntée à la pratique du Dr Blanc, a l'avantage de réunir l'arsenic et la solution phosphatée :

Arséniate de soude	0 gr. 10
Gouttes amères de Baumé	3 gr.
Vin de quinquina	250 gr.
Vin de coca, Vin de kola	ää 125 gr.
Bi-phosphate acide de chaux	20 gr.

Une cuillerée à soupe après les deux principaux repas.

Aux malades qui ne supportent pas l'huile de foie de morue on peut prescrire les lavements alimentaires suivants dont, la formule est due à M. le Dr Deucher (de Berne) :

Huile d'olive pure, Solution de carbonate de soude	ää 100 gr.
Chlorure de sodium	1 gr. 20
Laudanum de Sydenham	XX gouttes.

F. S. A. Pour quatre lavements.

Prendre d'abord un lavement évacuateur ; introduire ensuite dans l'anus un tube en caoutchouc long de 40 centimètres, à travers lequel on injectera lentement 50 grammes de cette émulsion chauffée préalablement à 40°.

(*J. de méd. et de chir. pr.*)

La cure de l'obésité par la méthode de Schweninger. — On a beaucoup parlé de cette méthode très répandue en Allemagne et qui donne, paraît-il, des succès remarquables. Nous empruntons à M. le Dr Romme la description très détaillée qu'il en a donnée, d'après le Dr Hermann Cohn, dans la *Presse médicale*. Les résultats obtenus sont parfois extraordinaires. On voit des obèses qui ont perdu 20 livres après un séjour de cinq semaines à l'établissement de Baden-Baden où la méthode est appliquée, 50 livres après un séjour de huit semaines.

Une dame était arrivée, avec le poids respectable de 240 livres ; neuf mois après, elle partait ne pesant plus que 145 livres. Des obèses qui, sujets à l'arythmie cardiaque, prenaient depuis des années de la digitale, récupéraient rapidement le fonctionnement régulier de leur cœur. Avant la cure, ils ne pouvaient faire deux pas sans s'essouffler ; après ils faisaient de longues promenades à pied, sans la moindre fatigue. Un obèse, qui était obligé de s'arrêter à chaque marche en montant un escalier, pouvait, au bout de six semaines, faire avec une grande aisance l'ascension du château de Baden, perché à 435 mètres d'altitude. Des malades, qui étaient sujets à l'insomnie, commençaient à dormir six à sept heures d'un trait. Tout cela par la cure de Schweninger. La question est de savoir si beaucoup de Français l'accepteraient dans toute sa rigueur. Qu'on en juge !

La méthode de Schweninger est basée sur l'emploi de trois moyens thérapeutiques : 1° le massage de l'abdomen ; 2° les bains chauds ; 3° le régime alimentaire. Mais, massage, bains et régime sont appliqués d'une façon toute spéciale.

Massage. — Le massage est fait trois fois par jour : avant le déjeuner, avant le dîner et avant le souper ; chaque séance dure un quart d'hure.

Le malade s'étend sur une couchette, les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses afin de relâcher la paroi abdominale, les mains derrière l'occiput pour soutenir la tête.

Chaque séance de massage comprend trois séries distinctes de manipulations : le tapotage, le pincement, le pétrissage.

Le médecin commence par tapoter la région épigastrique avec ses deux poings, d'abord doucement, puis, de plus en plus fort, pour arriver à enfoncer aussi profondément que possible ses deux poings dans l'abdomen du malade. Pendant ce temps, le patient est tenu à faire des inspirations profondes, aussi profondes que possibles, pour faire travailler son diaphragme. Ce travail est tellement difficile et pénible qu'au début les malades n'arrivent pas à faire plus de cinq inspirations profondes ; plus tard, ils parviennent à en faire vingt.

Le médecin procède ensuite au pincement. Il saisit entre les paumes de ses deux mains de larges surfaces de parois abdominales et exerce sur les parties saisies une compression aussi énergique que possible, de façon à écraser les lobules adipeux sous-cutanés. La force qu'il déploie est telle que la peau des malades se couvre d'ecchymoses. C'est le temps le plus douloureux du massage qui, souvent, arrache des cris et des larmes aux malades.

Pour exécuter le troisième temps, le médecin se met sur le malade, enfonce ses genoux aussi profondément que possible, dans l'abdomen et principalement dans la région épigastrique du patient et reste dans cette position tant que

le malade n'aura pas fait au début 5, puis 7, puis 10 et à la fin jusqu'à 30 inspirations profondes. D'après Schweninger, ce temps est de la plus haute importance, car, seul, il permet de faire faire une gymnastique convenable au diaphragme et d'obtenir la fonte de la graisse qui l'entoure et qui gêne le fonctionnement du cœur et du poumon.

M. Hermann Cohn, lorqu'il vit pour la première fois ce massage, n'en pouvait pas croire ses yeux. Il craignait à chaque instant de voir les intestins du malade éclater et le cœur s'arrêter. Il n'en fut rien : les malades sortent sains et saufs de cette épreuve, qu'ils doivent subir trois fois par jour ; ils finissent même par s'y habituer. La seule chose qu'ils éprouvent après ce massage, c'est une très grande fatigue, qui fait qu'après chaque séance ils restent étendus sur la couchette encore pendant quelque temps.

Bains chauds. — Les bains chauds sont administrés d'une façon toute particulière.

Le premier jour, le malade prend un bain de bras, le second un bain de pied, le troisième jour, un bain de siège et la série recommence dans le même ordre tant qu'il reste l'hôpital. Jamais on ne donne de bains entiers.

Ces bains sont pris dans des appareils spéciaux, mais fort simples. Pour les bains de bras (à partir de l'épaule), on se sert d'une caisse en fer blanc, pourvue d'un couvercle percé de deux trous et de deux orifices, l'un pour l'eau qui arrive, l'autre pour l'eau qui doit s'écouler ; à l'intérieur se trouvent deux courroies de soutien pour l'avant-bras et la main. La baignoire pour les membres inférieurs a une forme de botte. Les bains de siège sont donnés dans les baignoires ordinaires.

La température initiale du bain est de 30° R. ; on l'élève progressivement jusqu'à 40° R. La durée est de vingt minutes.

La première impression, surtout pour les bains de siège, est extrêmement pénible ; le malade éprouve une sorte de saisissement, de shock passager ; au bout de quelque temps, il finit par s'y habituer et par supporter cette température élevée. La fatigue qui survient après ces bains est telle qu'au sortir les malades s'endorment ordinairement pour une demi-heure ou trois quarts d'heure.

Régime alimentaire. — Le regime alimentaire, auquel sont soumis les malades, est également fort singulier.

Tout est servi en petite quantité et la vaisselle est en rapport avec les portions. Les verres sont des verres de poupées, pouvant tenir 50 grammes de liquides à peine ; les assiettes sont si petites qu'une tranche de viande y est à l'étroit. Les couteaux, les fourchettes, les cuillers, sont tout petits, comme pour des enfants.

Les repas sont pris avec la plus grande régularité, toutes les trois heures ; premier déjeuner à 7 h. 1/2, second déjeuner à 10 h. 1/2, dîner à 1 h. 1/2, goûter à 4 h. 1/2, souper à 7 h. 1/2. Il n'y a pas de table d'hôte : les malades mangent chacun dans leur chambre : quelques minutes leur suffisent pour chaque repas.

Les aliments qui sont *rigoureusement* exclus de tous les repas sont : le pain, les biscuits, les gâteaux, le beurre, la graisse, le sucre, le café, le thé, le lait, le vin, la bière et l'eau-de-vie. Cependant, les menus sont assez variés.

Au premier déjeuner, le malade reçoit une tranche de fromage de Hollande ou de Gruyère, mais sans pain ni beurre ; ou dix pruneaux, ou un œuf, ou une assiette de pomme de terre, ou une tranche de jambon, ou une assiette de navets ou de carottes, ou un peu de ris de veau, ou une assiette de lait caillé.

Pour le second déjeuner, on lui sert soit un peu de viande (rosbif, rôti de veau ou de bœuf), soit encore un œuf et du fromage ou un légume.

Au dîner, il prend de la viande : tranche de rôti (mouton veau, bœuf), ou de jambon, ou côtelette de mouton ou morceau de poulet, ou de foie de veau. Jamais de sauce, ni de compote, ni de salade.

Pour le goûter de quatre heures, le malade reçoit un peu de légumes, du lait caillé, ou des fruits.

Le dîner se compose d'un légume (choux-raves, choux-fleurs), d'un peu de poisson (saumon, sole, truites) ; ou bien encore un œuf ou du lait caillé, ou du ris-de-veau ou une tranche de jambon avec du macaroni.

A aucun des repas les malades ne doivent boire. Ce n'est qu'une demi-heure après chaque repas qu'il leur est permis de boire un de ces petits verres d'eau minérale gazeuse (Gerolsteiner Sprudel). Chacun d'eux reçoit au matin un demi-litre environ (40 centilitres) de cette eau qui doit lui suffire pour toute la journée. A titre de supplément, on leur donne encore avant le coucher un fruit. La nuit, s'ils sont tourmentés par la soif, ils peuvent manger une poire ou une prune.

C'est en effet de la soif que les malades souffrent surtout et, sous ce rapport, ils sont un peu comme les morphinomanes auxquels ou supprime brusquement leur morphine. L'accoutumance se fait pourtant assez vite, et, au bout de trois à quatre jours, ils finissent par s'habituer complètement à leur régime sec.

Un autre inconvénient du régime est la constipation. On y remédie par des pilules d'aloès, prises le soir avant le coucher, ou bien encore par des lavements composés exclusivement de 5 grammes de glycérine administrés le matin.

Le dimanche est jour de repos. Non seulement ce jour-là les malades ne sont ni massés, ni baignés, mais encore ils ont la permission de sortir en ville, de manger et de boire à leur guise. Ils n'en abusent pourtant pas, car, lorsqu'ils se permettent une escapade, ils voient, à la pesée du lundi matin, que leur poids a augmenté de 2 ou 3 livres ; et ils ne recommencent pas le dimanche suivant.

La durée de la cure varie ordinairement de six semaines à deux mois. Bien entendu, si le malade veut garder le bénéfice acquis, il ne doit pas reprendre de suite ses anciennes habitudes.

VARIÉTÉS

Un grand homme méconnu pendant sa vie. Le Dr Sauria, inventeur des allumettes chimiques. — Rien n'est plus pénible que de penser aux hommes doués d'une intelligence supérieure qui, pendant leur vie, ne sont pas récompensés des immenses services qu'ils ont rendus au reste de l'humanité par des inventions progressives tout à fait admirables.

En France, plus que partout ailleurs, les honneurs sont distribués libéralement à ceux qui occupent des situations en vue, qui ont le génie de l'intrigue ou de

l'adulation; les hommes du plus grand mérite sont trop souvent oubliés; témoin le Dr Sauria, inconnu de la profession médicale, à qui nous devons la découverte des allumettes chimiques.

Il a exercé la médecine pendant soixante ans à Saint-Lothaire (département du Jura), se dévouant aux pauvres et aux malheureux; il est mort en 1895. On a élevé un monument commémoratif à sa mémoire dans son petit village en 1898.

D'après le *British Medical Journal* (les étrangers connaissent souvent mieux que nous nos grands hommes), Charles Marc Sauria était un médecin d'une grande élévation d'esprit, ne recherchant pas les honneurs et satisfait de dépenser son activité pour soulager et guérir les malades de Saint-Lothaire. — Il était fils d'un officier de la première République, le général Sauria, et était né à Poligny en 1812.

Il fit la grande découverte de sa vie d'une manière presque accidentelle. En 1830, M. Nicolet, professeur de chimie au collège de l'Arc, à Dôle, où Sauria était élève, montra dans sa classe un mélange détonant de chlorate de potasse. Sauria eut alors l'idée qu'une substance inflammable comme le phosphore pouvait être combinée avec un mélange détonant pour produire instantanément la flamme et la lumière. Il fit un grand nombre d'expériences, transformant, dit son biographe, sa chambre en un volcan en miniature. Le nombre de tubes qu'il brisa est incommensurable ; il fut souvent la première victime de ses explosions.

A force de recherches et d'efforts il trouva le moyen de fabriquer des allumettes, mais il était trop pauvre pour faire breveter et exploiter son invention ; d'ailleurs il préférait passer son temps à soigner les pauvres gens.

La seule récompense qu'il ait reçue des pouvoirs publics pour sa magnifique invention, a été un bureau de tabac de 1,500 fr. qui lui fut donné en 1881 par son compatriote du Jura, le président Grévy ; encore il fallut le forcer d'accepter.

La postérité équitable conservera, parmi les plus illustres, le nom de Sauria qui a été ignoré de ses contemporains. G. V. (*in Journal de clinique infantile.*)

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — COURS ET CONFÉRENCES CLINIQUES DE MM. LES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET ACCOUCHEURS DES HOPITAUX (*année* 1899). — *Hôtel-Dieu* : MM. les Drs Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi, 9 h 1/2, laboratoire ; conférences de chimie clinique, samedi 9 h. 1/2, laboratoire. — Ferrand, conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique, jeudi 10 heures, laboratoire de la salle Saint-Anne. — Gingeot, clinique médicale, jeudi 10 heures, salles Saint-Louis et Sainte-Marie. — Championnière, clinique chirurgicale, jeudi 10 heures, amphithéâtre Desault; opérations abdominales, mardi 9 heures, salle de gynécologie. — Chevalier, exercices pratiques de clinique chirurgicale et gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2, consultation.

Pitié : MM. les Drs Albert Robin, maladies de la nutrition, lundi 9 h. 1/2, amphithéâtre des cours. — Faisans, maladies des voies respiratoires, tous les jours 9 h. 1/4, salle Piorry. — André Petit, maladies de cœur, mardi, jeudi, samedi 9 heures, salle Trousseau. — Babinski, maladies du système nerveux, samedi 10 heures 1/4, annexe de la salle Grisolle. — Thibierge, maladies de la peau, dimanche 10 heures, amphithéâtre des cours ; consultations, mercredi, samedi 9 heures, salle des consultations spéciales ; opérations dermatologiques, mardi 9 heures, salle Cruveilhier. — Picqué, examen des malades nouveaux, lundi et vendredi 9 heures, au lit des malades ; opérations, mardi, mercredi, samedi 9 heures, salle d'opérations. — Lepage, conférences cliniques, mercredi 10 heures, service d'accouchement. — Thiéry, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h, 1/2, salle de la consultation externe.

Charité : MM. les Drs Gouraud, conférences cliniques, tous les jours 10 heures, au lit des malades. — Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — Oulmont, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — Campenon, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades ; conférences cliniques, jeudi, amphithéâtre ; opérations, mardi, samedi.

Saint-Antoine : MM. les Drs Brissaud, maladies du système nerveux, jeudi 10 heures, salle des conférences, en hiver. — Ballet, maladies du système nerveux, dimanche 10 heures, salle des conférences, en hiver, un avis spécial annoncera la date de la reprise des cours. — Gaucher, maladie de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi 10 heures, salle des consultations spéciales. — A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, salles Bichat et Chomel ; consultations de gynécologie, mardi, samedi 9 1/2, à l'annexe de la salle Chomel ; conférences de gynécologie médicale, jeudi 10 heures, à l'annexe de la salle Chomel. — Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles, conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi, samedi 9 h. 1/2, service des maladies du nez, du larynx et des oreilles ; opérations, lundi, vendredi 9 h. 1/2, service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — Galliard, maladies du poumon et de la plèvre, mardi 9 h. 1/2, salle Nélaton. — Gilles de la Tourette, maladies du système nerveux, mercredi, vendredi 10 heures, laboratoire Axenfeld. — Béclère, maladies des organes thoraciques, tous les jours 9 h. 1/2, salle Marjolin ; radioscopie médicale, dimanche 10 heures, salle des conférences. — Bar, examen des malades, tous les jours 9 heures, maternité.

Necker : MM. les Drs Rendu, leçons cliniques, jeudi 10 heures, amphithéâtre. — Henri Huchard, clinique et thérapeutique (maladies du cœur), mardi 9 h. 1/2, pavillons des salles Delpech et Chauffard. — Cuffer, conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi 9 h. 1/2, pavillon Péter ; leçons de pathologie clinique, mardi 10 h. 1/2, pavillon Péther ; leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — Barth, conférences cliniques, mercredi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades. — Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies uri-

naires, mardi 9 heures, amphithéâtre, à partir du 1er juin.

Cochin : MM. les Drs Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi 10 heures, amphithéâtre du service. — Delpeuch, maladies générales et diathèses, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, au lit des malades. — Scharwtz, chirurgie générale, mercredi 10 h. 1/2, réfectoire du pavillon des hommes. — Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades.

Beaujon : MM. les Drs Fernet, conférences cliniques, mardi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades. — Debove, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi 9 h. 1/2, au lit des malades. — Troisier, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — Lacombe, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, au lit des malades. — A. Marchand, Clinique chirurgicale, mardi 9 heures amphithéâtre ; opérations abdominales, lundi, vendredi 11 heures, pavillon Dolbeau. — Bazy, conférences cliniques et consultations pour les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi 9 h. 1[2, au lit des malades ; chirurgie générale, mercredi, vendredi 9 h. 1/2 au lit des malades ; opérations de gynécologie, mardi, jeudi 9 h. 1/2, pavillon Dolbeau.

Lariboisière : MM. les Drs Duguet, clinique médicale, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — Gouguenheim, laryngologie, rhinologie, otologie, tous les jours 9 heures, salle de la consultation ; opérations, mercredi 9 heures, pavillon Davaine. — Landrieux, clinique médicale, samedi 10 heures, au lit des malades ; consultation externe de gynécologie, jeudi 9 heures, salle de gynécologie. — Dreyfus-Brissac, conférences de pathologie clinique, mardi 9 h. 1/2, salle Maurice Raynaud. — Tapret, conférences de pathologie clinique, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — Delens, maladie des yeux, tous les jours 9 heures, salle de l'ophtalmologie. — Peyrot, clinique chirurgicale, jeudi 10 heures, grand amphithéâtre et mardi, vendredi 9 heures au lit des malades. — Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi 10 heures, amphithéâtre Gosselin et tous les jours 9 heures, au lit des malades. — Tuffier, visite et interrogatoire des élèves, lundi, mercredi, vendredi 9 heures au lit des malades ; opérations, mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2 salle d'opérations ; clinique, jeudi 9 h. 1/2, amphithéâtre ; Bonnaire, clinique obstétricale, tous les jours 9 heures maternité.

Tenon : MM. les Drs Brault, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1[2 au lit des malades. — Bourcy, leçons cliniques, mercredi 10 h. 1[2, salle Lelong ; leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1[2, au lit des malades. — Le Gendre, leçons de clinique et de thérapeutique, lundi, samedi 9 h. 1[2 au lit des malades. — Giraudeau, leçons cliniques, vendredi, 9 heures. salle Gérando. — Ménétrier, clinique médicale, tous les jours 10 heures, au lit des malades. — Duflocq, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1[2, au lit des malades ; clinique médicale, vendredi 10 h. 1[2, laboratoire. — Félizet, chirurgie infantile, tous les jours, excepté le jeudi, 10 h. 1[2, au lit des malades. — Poirier, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, 9 h. 1[2, au lit des malades.

Laennec : MM. les Drs Landouzy, séméiotique, mardi 10 heures, amphithéâtre ; conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades ; leçons cliniques, jeudi 10 heures, amphithéâtre. — Merklen, visite et conférences de séméiologie, tous les jours 9 h. 1[2, au lit des malades ; leçons cliniques, mercredi 10 h. 1[2, amphithéâtre ; conférences de bactériologie, lundi 10 h. 1[4, amphithéâtre. — Barié, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours 9 h. 1[2 , au lit des malades ; séméiologie générale et maladies du cœur, mercredi 10 heures, amphithéâtre. — Hirtz, conférences cliniques, tous les jours 9 h. 1[2, au lit des malades ; conférences de thérapeutique clinique, vendredi 10 heures, amphithéâtre. — Reclus, examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours 9 heures, au lit des malades ; thérapeutique chirurgicale, samedi 10 heures, amphithéâtre. — Florand (service temporaire), examen des malades, leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1[2, au lit des malades. — Paul Claisse, conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi 10 heures, consultation.

Bichat : MM. les Drs Roques, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades. — Talamon, visite des malades, tous les jours 9 h. 1[2, salles Louis et Bazin. — Terrier (Hartmann, assist.), clinique chirurgicale, lundi, vendredi 9 heures, salles Chassaignac et Jarjavay ; opérations abdominales, mardi, jeudi, samedi 9 heures. — Barbier, conférences de sémiologie et de thérapeutique, tous les jours 9 h. 1[2, salle de la consultation. — Guillemain, exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours 9 h. 1[2, salle de la consultation.

Andral : M. le Dr Mathieu, maladies des voies digestives (leçon clinique), vendredi 10 heures, à partir du 15 mars.

Broussais : MM. Drs Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours 10 heures, au lit des malades — Œttinger, conférences de clinique et de séméiotique, mardi, jeudi, 9 h. 1[2, au lit des malades. — Michaux, conférences de chirurgie générale et de gynécologie, mardi, samedi, 10 heures, visite et opérations, tous les jours 9 heures.

Boucicaut : MM. les Drs Letulle, conférences cliniques, tous les jours 9 h. 1[2. — Gérard Marchand, opérations, lundi, mercredi, vendredi 9 heures ; leçons de clinique, mardi 10 heures ; visites des malades, jeudi, samedi 9 heures — Doléris, affections gynécologiques (grossesse, accouchement, suites de couches), lundi 10 heures, maternité : exercices pratiques d'obstétique, vendredi 10 heures, maternité. — Demoulin, conférences, samedi 10 heures, salle de la consultation

Hérold : M. le Dr Launois, conférences cliniques, jeudi 9 heures, salle de consultation.

Saint-Louis : MM. les Drs Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche 9 h. 1[2, salles des conférences ou musée, octobre, novembre, décembre 1899 ; examen et discussion des nouveaux malades, mardi, vendredi 9 h. 1[2. — Tenneson, consultation externe, mardi, 9 heures, 38, rue Bichat : examen des nouveaux malades, mercredi 9 heures, laboratoire Alibert ; opérations dermatologiques, vendredi 9 heures, laboratoire Alibert. — Du Castel, conférences sur la dermatologie et syphilis, samedi, 2 heures, salle de conférences, à partir du mois de décembre ; traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi 9 h. 1[2 laboratoire Cazenave ; examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), jeudi 9 heures, salle Cazenave. — Danlos, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi ; examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), mercredi, samedi. — Balzer, conférences cliniques, vendredi 1 h. 1[2, musée. — Richelot, conférences

cliniques, lundi, vendredi 9 heures, isolement; opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi 9 heures, isolement. — Nélaton, clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi 9 heures. — Richard, conférences et opérations, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — Legueu, conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours 10 heures, salle de la consultation.

Ricord : MM. les Drs Alex. Renault, affections vénériennes et cutanées, mercredi 2 heures, salles des cours. — Queyrat, maladies de la peau (Policlinique), lundi 9 heures, salle des cours ; maladies des voies urinaires (Policlinique) mardi 8 h. 1/2, salle d'opérations ; maladies vénériennes : conférences cliniques, vendredi 10 heures, salle des cours ; consultation externe, mercredi et samedi 9 heures salle de la consultation ; examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi et dimanche 9 heures, salle d'opérations.

Broca : MM. les Drs de Beurmann, leçons sur les affections vénériennes et cutanées, mardi 10 heures, salle Goupil, à partir d'avril. — Brocq, petite chirurgie dermatologique, mardi 8 heures, salle Vidal ; examen clinique des malades atteintes d'affections vénériennes, jeudi, samedi 8 heures, au lit des malades; conférences sur le traitement des maladies de la peau, lundi, mercredi, vendredi 8 heures, salle de la consultation. — Pozzi, opérations, lundi, mercredi 10 heures, amphithéâtre du service ; clinique gynécologique, lundi, mercredi, vendredi 10 heures, amphithéâtre du service; démonstrations histologiques, samedi 10 heures, laboratoire du service.

Enfants-Malades : MM. les Drs Descroizilles, maladies infantiles, samedi 9 heures, salle de consultation et mercredi 9 h. 1/2, amphithéâtre ou salle Blache. — D'Heilly, leçons cliniques, mardi, au lit des malades. — Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades. — Sevestre, leçons cliniques sur la diphtérie, mardi, jeudi, samedi, salle de la conférence du service. — Comby, leçons thérapeutique clinique, mardi 9 heures, salle de consultation ; leçons cliniques, mercredi 9 heures, salle de Chaumont. — Lannelongue (Dr Villemin, assistant), conférences cliniques, mercredi, vendredi 9 h. 1/2, au lit des malades conférences faites par le Dr Lannelongue; samedi 10 h. 1/2, amphithéâtre, conférences faites par le Dr Villemin. — Brun, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours 9 heures, au lit des malades.

Trousseau : MM. les Drs Josias, clinique infantile, mardi, vendredi 9 heures, salles Blache et Barrier. — Netter, clinique infantile, mercredi, samedi 9 h. 1/2, salles Bouvier et Archambault. — Variot, clinique infantile, tous les jours (excepté le vendredi), de 10 à 11 heures, salle Lugol. — Richardière, clinique infantile (diphtérie), tous les jours 10 heures, Pavillon Bretonneau, leçons cliniques le samedi. — Kirmisson, chirurgie infantile, mardi, samedi 10 heures, salle d'opérations. — Broca, chirurgie infantile, mardi, samedi 9 heures, salle de consultations.

Salpétrière. — MM. les Drr Déjerine, maladie du système nerveux, mercredi 9 h. 1/4 et jeudi 5 heures, salle de consultation externe, le cours du jeudi commencera en avril ; consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi 9 h. 1/2, salle de la consultation externe. — Segond, clinique gynécologique, lundi 10 h. 1/2, opérations, samedi 10 1/2. — Jules Voisin, maladies mentales, jeudi 10 heures, section Esquirol, de février à mai. — Charpentier, maladies mentales, mercredi 11 heures, section Pinel, à partir du mois de mai. — Deny, maladies mentales, jeudi 10 heures, section Rambuteau, à partir du mois de mai.

La Rochefoucauld : M. le Dr Darier, maladies de la peau, conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, salle de la consultation externe.

Hôpitaux de Paris. — Au mois de décembre 1896, le Conseil municipal invita l'administration préfectorale à lui présenter un programme minimum des dépenses de premier établissement, indispensables pour les institutions de l'Assistance publique de la Ville de Paris.

Une étude approfondie de cet important problème a permis à M. de Selves de dresser un projet que le Conseil municipal discutera au cours de la session. Le programme que le préfet de la Seine recommande divise l'opération en trois catégories : travaux neufs, travaux de grosses réparations et d'amélioration, reconstitution de la lingerie ; la dépense totale s'élève à 72 millions et se répartit ainsi :

Travaux neufs.

1° Hôpitaux d'adultes :		
Hôpital de 500 lits sur la rive droite		7.700.000
Reconstruction de la Pitié (500 lits)		5 500.000
Reconstruction et agrandissement de l'hôpital d'Aubervilliers		6.600 000
Reconstruction de l'hôpital Broussais		5.500 000
Hôpital spécial (Dermatologie, syphiliographie, teigne), sur la rive gauche (1000 lits).		11.000.000
Reconstruction de l'hôpital Broca		1.650.000
Total		37.950.000
2° Hôpitaux d'enfants :		
Enfants-Malades. Reconstruction et reconstitution de 376 lits	3.760.000	
Construction hors de Paris d'un hôpital de 200 lits de tuberculeux osseux	1.060.000	
		4.820.000
3° Hospices :		
Brévannes. Amélioration et construction pour 1.400 nouveaux lits	4.660.000	
La Rochefoucault. Agrandissement	1.000.000	
		5.660.000
4° Tuberculose :		
Mesures contre la tuberculose		4.300.000
5° Services généraux :		
Construction d'une buanderie centrale	2.000.000	
Construction d'une lingerie centrale	500.000	
		2.500.000
Grosses réparations et améliorations		
Hôpitaux d'adultes	6.531.000	
Hôpitaux d'enfants	837.000	
Hospices	799.000	
Maisons de retraite	562.000	
Services généraux	189.000	
		8.918 000
Reconstitution de la lingerie		1.500.000
Réserve pour imprévus		6.414.000
Total général		72.062.000

L'adoption de ce projet permettrait de créer 2.810 lits nouveaux, dont 1.600 lits d'hospice et 1.210 lits d'hôpital, le bénéfice qui en résultera pour les malades sera même beaucoup plus considérable, parce que les lits d'hôpitaux, faute de place dans les hospices, sont actuellement occupés, dans une assez grande proportion, par des infirmes ; en allant occuper les 1.600 lits nouveaux qui leur sont affectés, ceux-ci laisseraient la place libre aux personnes atteintes de maladies aiguës.

Si le Conseil municipal adopte, comme il est probable, ce programme, le préfet de la Seine demandera l'autorisation de solliciter des pouvoirs publics la faculté d'émettre le nombre d'obligations nécessaires à la réalisation d'une somme de 75 millions. (*Gazette des hôpitaux*).

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 3 avril 1899, sont promus dans le corps de santé militaire et maintenus à leur poste actuel :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. les médecins principaux de deuxième classe Moty; Annesley.

Au grade de médecin principal de deuxième classe MM. les médecins-majors de première classe Sauveroche; Landriau.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. les médecins-majors de deuxième classe Favier; Fournot: Dupeyron; Renard; Bayvel; Leprêtre; Duponchel; Dufaud.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe Dettling; Moinet; Faure; Le Mitouard; Ramally; Le Goïc; Verse; Menut; Barisien; Bronner; Huot; Finot; Wavelet.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 28 mars 1899, M. le médecin aide-major de première classe Trassagnac, du 14e régiment d'infanterie, a été désigné pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1899, à l'hôpital militaire de Barèges, en remplacement de M. le médecin aide-major de première classe Labaste.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mars 1899, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine : M. le docteur Chapeyron, affecté au corps de santé des colonies.

— M. Rouvier, directeur du service de santé à Cherbourg est appelé à continuer ses services à Toulon, en remplacement de M. le docteur Merlin, admis à la retraite.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 29 mars 1899, M. Merlin, directeur du service de santé de la marine, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

La société obstétricale de France tient sa septième session à Paris les jeudis 6, vendredi 7 et samedi 8 avril, dans l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

« Les séances ont lieu le matin à 9 heures, et l'après-midi à 2 heures.

« Le bureau pour l'année 1899 est ainsi composé : P. Budin, président; A. Hergott, premier vice-président; C. Maygrier, deuxième vice-président; L. Demelin, secrétaire général.

La mort des médecins et celle des soldats. — Sévères mais justes les remarques suivantes que publie le Dr A. Dupureux dans la *Belgique médicale* :

Les journaux politiques nous ont apporté la nouvelle d'une mort qui mérite, à mon avis, plus qu'un simple article nécrologique. Le Dr Albert Crickx, chirurgien-adjoint, à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, est mort victime de la profession. En opérant, il s'était infecté et le poison, faisant un effet rapide, l'a enlevé en quelques jours.

Un des confrères qui l'assistaient, le Dr Claes, a également été infecté et l'amputation du bras gauche a été jugée nécessaire; son état n'en reste pas moins inquiétant.

Nous savons, nous médecins, que ce sont les risques de la profession et nous les acceptons sans arrière-pensée; sans crainte comme sans gloriole.

Le public lui, ne s'en émeut pas ; ce qu'il faut pour passionner la foule c'est la mort au milieu des cris et de la pétarade. Celui qui tombe en beau costume à ramages, écrasé sous son cheval qu'un obus égaré a frappé, est un héros digne du marbre et du bronze.

Rappelant l'ancêtre, il se pare de plume sur la tête pour conduire la boucherie humaine et ce sauvage, qu'il succombe ou qu'il triomphe, devient un héros, grâce à la barbarie de la foule.

Si, d'autre part, un médecin, dans le but louable de conserver à la société son semblable, meurt ou se mutile, la masse reste indifférente et il est de nombreux prud'hommes qui déclareront, en outre, que c'est bien maladroit de s'exposer ainsi à la légère.

A quoi tient cette différence d'appréciation au sujet de la mort qui frappe deux hommes qui font également leur devoir?

Tour d'abord à la badauderie qui veut malgré tout que l'habit fasse le moine. Comparez-vous un brillant officier, à l'uniforme étincelant, brandissant un grand sabre meurtrier, à ce monsieur en tablier blanc qui, sans clameur ni musique pour soutenir son ardeur, manie, dans une salle aux murs blanchis, un tout petit couteau sauveur?

Il y a aussi l'atavisme des siècles sanglants et de l'épopée de nos grands-pères qui font la gloire du militaire, et dans le sang de tous les mâles coule cette passion de combativité ancestrale qui fait qu'à peine nous nous tenons debout, tambours, clairons et plumets font nos distractions et nos joies.

Nécrologie.— Le Dr Mavrogeni Pacha, de Constantinople, premier médecin du Sultan. — Le Dr Jules Girard, officier de la Légion d'honneur, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine, ancien médecin des hôpitaux, décédé à l'âge de 90 ans. — Le Dr Durieu (Frédéric), de Dunkerque, reçu en 1861.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*